# CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO

I sottoscritti dott.ssa Giovanna Ammendolia, Iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana n. 9505-A e il Dott. Marco Moscheo iscritto all’Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana n. 8905-A prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’Istituto Comprensivo “Enzo Drago” e “Principe di Piemonte” forniscono le seguenti informazioni.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

# Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico.

Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del “Codice Deontologico degli psicologi italiani”).

# Modalità organizzative

Lo sportello d’ascolto psicologico è rivolto ai ragazzi, a tutto il personale scolastico e ai genitori dell’IC “Enzo Drago”. Il servizio di sportello psicologico sarà erogato ogni martedì dalle 9:00 alle 12:00 presso la scuola “Principe di Piemonte” e ogni ogni martedì dalle 9:00 alle 12:00 presso la scuola “Enzo Drago”.

Per l’accesso al servizio da parte degli studenti, via prenotazione, è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori.

**Durata delle attività**

Lo sportello psicologico sarà attivo dal 4 febbraio al 27 maggio 2025.

I professionisti, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti all’osservanza del Codice

Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d’ascolto psicologico, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

*PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO*

***modulistica plesso Enzo Drago***



## MINORENNI

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata a il / /

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Marco Moscheo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

nato a il / /

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Marco Moscheo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre



*PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO*

***modulistica plesso Principe di Piemonte***



## MINORENNI

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata a il / /

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giovanna Ammendolia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

nato a il / /

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giovanna Ammendolia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

